

# សេចក្តីណែនាំ ទុកជាមុន

(Advance Directive)

## តើអ្វីទៅជាសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន?

What is an advance directive?

សេចក្តីណែនាំទុកជាមុនគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកបំពេញដើម្បីប្រាកដថា អ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បាន។ នៅក្នុងសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន អ្នកអាចជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។ បុគ្គលនេះហៅថា ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថែទាំផ្សេងទៀតដែលអ្នកចង់បាន ឬមិនចង់បាន ប្រសិនបើអ្នកធ្លាក់ខ្លួនឈឺខ្លាំង។

An advance directive is a legal document you complete to make sure you get the healthcare you want. In an advance directive, you can choose someone to make healthcare decisions for you, if you are ever unable to make them yourself. This person is called your healthcare agent. You also can give information about the medical treatments and other care you would and would not want if you became very sick.

មនុស្សពេញវ័យគ្រប់រូបគួរតែមានសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន។ វាមានសារៈសំខាន់ជាពិសេសសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានវ័យចំណាស់ ឬមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ ការបំពេញសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនជួយឲ្យអ្នកដឹងថា គុណតម្លៃ និងគោលដៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានទទួលយក។ វាក៏ផ្តល់ឲ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនូវសេចក្តីស្ងប់ចិត្តនៃការដឹងពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឲ្យពួកគេធ្វើ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវការធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក។

Every adult should have an advance directive. It is especially important for adults who are older or have serious illnesses. Completing an advance directive helps you know that your values and goals will be honored. It also gives your healthcare agent the peace of mind of knowing what you would want them to do if they need to make healthcare decisions for you.

សេចក្តីណែនាំទុកជាមុនទាក់ទងតែជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឯកសារផ្សេងគ្នាដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិអំណាចដល់នរណាម្នាក់ដើម្បីចាត់ចែងហិរញ្ញវត្ថុ ឬទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក។

An advance directive only deals with healthcare decisions. You must complete a different document to give someone authority to handle your finances or property.

នាមខ្លួន  
First Name

គោត្តនាម  
Last Name

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត  
Date of Birth



## ព័ត៌មាន និងសេចក្តីណែនាំ

Information and Instructions

### តើខ្ញុំបំពេញសេចក្តីណែនាំទុកជាមុននេះដោយរបៀបណា?

How do I complete this advance directive?

យើងលើកទឹកចិត្តឲ្យអ្នកបំពេញទម្រង់នេះទាំងមូល ប៉ុន្តែវាមិនអីទេ ប្រសិនបើអ្នកគ្រាន់តែចង់បំពេញផ្នែកខ្លះនៃទម្រង់នេះ។ គ្រាន់តែឆ្លងចេញ ចោលផ្នែកណាដែលអ្នកមិនចង់បំពេញ។ វាជាកំណត់ត្រាក្នុងការបំពេញទម្រង់នេះជាមួយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដាក់ឈ្មោះភ្នាក់ងារមួយ) និងមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នក ដូច្នេះពួកគេយល់ច្បាស់ពីចំណូលចិត្តរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច សាសនាចារ្យ ឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតក៏អាចជួយអ្នកបានផងដែរ។

We encourage you to complete the entire form, but it is okay if you only want to complete part of it. Just cross out any parts you do not want to fill out. It is a good idea to complete this form with your healthcare agent (if you choose to name one) and loved ones so they clearly understand your preferences. A doctor, nurse, social worker, chaplain, or other healthcare professional also can help you.

នៅក្នុង **ផ្នែកទី 1: ការជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត** អ្នកដាក់ឈ្មោះភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ម្នាក់នេះគឺជាបុគ្គលដែលអ្នក ជឿទុកចិត្តក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេ។ អ្នកជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពបឋមមួយនាក់ និងភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួស (បម្រុង) រហូតដល់ពីរនាក់។

In **PART 1: Choosing A Decisionmaker**, you name your healthcare agent. This is the person you trust to make your healthcare decisions for you if you are ever unable to make them yourself. You choose one primary healthcare agent and up to two alternate (backup) healthcare agents.

វាជាកំណត់ត្រាក្នុងការពិគ្រោះជាមួយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលអ្នកចុះឈ្មោះពួកគេនៅលើទម្រង់នេះ។ ត្រូវប្រាកដថាពួកគេ មានឆន្ទៈជួយ និងមើលថាតើពួកគេមានសំណូមពរមួយអំពីចំណូលចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ វាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងការជ្រើសរើសភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពដែលអ្នកជឿទុកចិត្តជាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ វាអាស្រ័យលើពួកគេក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តជាមួយក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាស្រ័យលើព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់នៅក្នុងទម្រង់។ ប្រសិនបើអ្នកព្រួយបារម្ភថា ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងមិនធ្វើតាមការចង់បានរបស់អ្នកទេ អ្នកគួរតែពិចារណាជ្រើសរើសភ្នាក់ងារផ្សេងទៀត។

It is a good idea to talk with your healthcare agent before you list them on this form. Make sure they are willing to help and see if they have any questions about your healthcare preferences. It is very important to choose a healthcare agent you trust as your decisionmaker. It will be up to them to make decisions with your healthcare team based on the information you provide in the rest of the form. If you are worried that your healthcare agent will not follow your wishes, you should consider choosing someone else.

# ព័ត៌មាន និងសេចក្តីណែនាំ [បន្ត]

Information and Instructions [continued]

## ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពដែលល្អ៖

A good healthcare agent:

- ✓ មានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ  
Is 18 years old or older
- ✓ ស្គាល់អ្នកច្បាស់  
Knows you well
- ✓ យល់ពីអ្វីដែលមានសារៈសំខាន់ចំពោះអ្នក  
Understands what's important to you
- ✓ ងាយស្រួលដល់ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពក្នុងការទាក់ទងទៅ  
(ជួបផ្ទាល់ តាមទូរសព្ទ តាមរយៈអ្នកបកប្រែ ។ល។)  
Is easy for the healthcare team to contact (in person, by phone, through an interpreter, etc.)
- ✓ ធ្វើការសម្រេចចិត្តល្អៗក្រោមសម្ពាធន  
Makes good decisions under pressure

## ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនអាច៖

Your healthcare agent cannot be:

- ✗ មានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ  
Under 18 years old
- ✗ វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាកជំនាញផ្នែកណាមួយ ឬជំនួយការគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក\*  
Your doctor, nurse practitioner, or physician assistant\*
- ✗ បុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកកំពុងទទួលការថែទាំ\*  
An employee of the hospital where you are receiving care\*
- ✗ ម្ចាស់ ឬប្រតិបត្តិករនៃកន្លែងថែទាំសហគមន៍ ឬកន្លែងថែទាំតាមមណ្ឌលដែលអ្នកទទួលការថែទាំ  
The owner or operator of a community care facility or residential care facility where you receive care
- ✗ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពសម្រាប់មនុស្សច្រើនជាង 10 នាក់  
The healthcare agent for more than 10 other people

នៅក្នុងផ្នែកទី 2 ៖ ចំណូលចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អ្នកសរសេរចូលនូវចំណូលចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដូច្នេះ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកយល់ពីជម្រើសដែលអ្នកចង់ឲ្យពួកគេធ្វើ។ នេះរួមបញ្ចូលនូវអ្វីដែលជាគុណភាពជីវិតដែលមានអត្ថន័យសម្រាប់អ្នក និងការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រអ្វីខ្លះ និងការថែទាំផ្សេងទៀតដែលអ្នកចង់បាន និងមិនចង់បាន។

In PART 2: My Healthcare Preferences, you write down your healthcare preferences, so your healthcare agent understands the choices you want them to make. This includes what a meaningful quality of life looks like for you and what medical treatments and other care you do and do not want.

នៅក្នុងផ្នែកទី 3 ៖ ចុះហត្ថលេខា និងបំពេញ អ្នកចុះហត្ថលេខាលើ\*\* ទម្រង់សេចក្តីណែនាំទុកជាមុននៅចំពោះមុខសាក្សី ឬសហការី។ នៅពេលដែលអ្នកបំពេញទម្រង់ និងធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងផ្នែកទី 3 រួច វានឹងក្លាយជាទម្រង់អនុវត្តស្របច្បាប់នៅក្នុងរដ្ឋ California។ ផ្នែកទី 3 ផ្តល់សេចក្តីណែនាំសម្រាប់អ្វីដែលត្រូវធ្វើជាមួយទម្រង់នេះ បន្ទាប់ពីបំពេញរួច។

In PART 3: Sign and Complete, you sign\*\* the advance directive form either in front of two witnesses or a notary public. Once you fill out the form and follow the instructions in Part 3, this will be a legally binding form in the state of California. Part 3 also gives instructions for what to do with this form after it is completed.

ផ្នែកទី 4 ៖ គុណតម្លៃរបស់ខ្ញុំ គឺជាផ្នែកជម្រើសបន្ថែមដែលអ្នកអាចប្រាប់ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងមនុស្សជានិមិត្តរូបរបស់អ្នកអ្វីដែលសំខាន់ចំពោះអ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលចំណូលចិត្តរបស់អ្នកអំពីអារម្មណ៍ អ្វីដែលធ្វើឲ្យការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យងាយស្រួលសម្រាប់អ្នក និងអ្វីដែលអ្នកចង់ឲ្យកើតឡើងនៅថ្ងៃចុងក្រោយរបស់អ្នក។ ផ្នែកទី 4 អនុញ្ញាតឲ្យភ្នាក់ងារ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងមនុស្សជានិមិត្តរូបរបស់អ្នកដឹងថាអ្វីដែលជាការថែទាំល្អបំផុតសម្រាប់អ្នក។

PART 4: My Values, is an optional section where you can tell your healthcare team and loved ones what else matters to you. This includes your preferences about spirituality, what would make a long hospital stay easier for you, and what you want to happen in your final days. Part 4 lets your agent, healthcare team and loved ones know what excellent care looks like for you.

\* ការរឹតត្បិតទាំងនេះមិនអនុវត្តទេ ប្រសិនបើបុគ្គលនេះគឺជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តរួមការងាររបស់អ្នក។  
These restrictions do not apply if this person is your family member or coworker.

\*\* ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចុះហត្ថលេខាបានទេ អ្នកអាចនឹងជ្រើសរើសមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ទៀតឲ្យចុះហត្ថលេខាតាមការណែនាំរបស់អ្នក និងនៅចំពោះមុខអ្នកបាន។  
If you are physically unable to sign, you may select another adult to sign at your direction and in your presence.

# ផ្នែកទី 1 ៖ ការជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត

## PART 1: Choosing a Decisionmaker

### សំបុត្រប្រគល់សិទ្ធិអំណាចបិតថេរសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព

Durable Power of Attorney for Healthcare

ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំនឹងអាច៖

*If I am unable to make decisions for myself, my healthcare agent will be able to:*

- សម្រេចចិត្តថាការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ និងទម្រង់ការណែនាំដែលខ្ញុំទទួល ឬមិនទទួល រួមមានការគាំទ្រជីវិតសិប្បនិម្មិត។  
*Decide which medical treatments and procedures I do or do not receive, including artificial life support.*
- ជ្រើសរើសថាតើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងកន្លែងថែទាំណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់ខ្ញុំ។  
*Choose which healthcare providers and facilities are involved in my care.*
- មើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ និងទទួលព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្របច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ។  
*See my medical records and receive information about my current medical status.*
- ធ្វើការជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតជំនួសឲ្យខ្ញុំ។  
*Work with health insurance companies or other healthcare programs on my behalf.*
- ចាត់ចែងការរៀបចំអង្គធាតុរបស់ខ្ញុំ បន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់ខ្ញុំ។  
*Direct the disposition of my remains after my death.*

ខ្ញុំចង់ឲ្យបុគ្គលនេះក្លាយជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពបឋមរបស់ខ្ញុំ។ ពួកគេនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯងទេ៖

*I want this person to be my PRIMARY HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself:*

ឈ្មោះ Name	លេខទូរសព្ទ Phone Number		
អាសយដ្ឋាន Address	ទីក្រុង City	រដ្ឋ State	កូដហ្សឺប ZIP
ទំនាក់ទំនង Relationship	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល Email Address		

ខ្ញុំចង់ឲ្យបុគ្គលនេះក្លាយជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួសទីមួយរបស់ខ្ញុំ។ ពួកគេនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង និងភ្នាក់ងារថែទាំបឋមរបស់ខ្ញុំមិនទំនេរ៖

*I want this person to be my FIRST ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my primary healthcare agent is unavailable:*

ឈ្មោះ Name	លេខទូរសព្ទ Phone Number		
អាសយដ្ឋាន Address	ទីក្រុង City	រដ្ឋ State	កូដហ្សឺប ZIP
ទំនាក់ទំនង Relationship	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល Email Address		

ផ្នែកទី 1 ៖ ការជ្រើសរើសអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត [បន្ត]

PART 1: Choosing a Decisionmaker [continued]

ខ្ញុំចង់ឲ្យបុគ្គលនេះក្លាយជាភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពជំនួសទីពីរបស់ខ្ញុំ។ ពួកគេនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯង និងភ្នាក់ងារថែទាំបឋមរបស់ខ្ញុំមិនទំនេរ៖

I want this person to be my SECOND ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my other healthcare agents are unavailable:

ឈ្មោះ Name	លេខទូរសព្ទ Phone Number		
អាសយដ្ឋាន Address	ទីក្រុង City	រដ្ឋ State	កូដហ្សឺប ZIP
ទំនាក់ទំនង Relationship	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល Email Address		

ជម្រើសបន្ថែម  
Optional

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យអ្នកឥឡូវនេះ ក្រោយពីអ្នកបំពេញទម្រង់នេះ សូមគូសផឹកប្រអប់ខាងក្រោម។ បើមិនដូច្នោះទេ ពួកគេនឹងអាចត្រឹមតែធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តបានដោយខ្លួនឯងតែប៉ុណ្ណោះ។

If you want your healthcare agent to be able to make decisions for you right now, after you complete this form, check the box below. Otherwise, they will only be able to make decisions for you if you are not able to make them yourself.

- ☐ ខ្ញុំចង់ឱ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យខ្ញុំឥឡូវនេះ។ ទោះយ៉ាងណា ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចប្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំនៅពេលណាដែលខ្ញុំលែងចង់ឱ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យខ្ញុំ។  
I want my healthcare agent to be able to make decisions for me right now. However, I understand that I can tell my healthcare provider at any time that I no longer want my healthcare agent to make decisions for me.

ជម្រើសបន្ថែម  
Optional

អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសថាត្រូវផ្តល់ភាពបត់បែនទៅភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនៅកម្រិតណាក្នុងការបំពេញបំណងប្រាថ្នាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបានផងដែរ។ (គូសផឹក មួយ)៖

You also can choose how much flexibility to give your healthcare agent in carrying out your medical wishes. (Check one):

- ☐ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំគួរតែអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំរបស់ខ្ញុំដែលខ្ញុំបានសរសេរនៅក្នុងសេចក្តីណែនាំទុកជាមុននេះឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទោះបីជាសេចក្តីណែនាំធ្វើឱ្យពួកគេមានអារម្មណ៍មិនស្រួលក៏ដោយ។  
My healthcare agent should follow my instructions exactly as I have written them in this advance directive, even if it makes them uncomfortable.
- ☐ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំអាចផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំបាន ប្រសិនបើពួកគេគិតថាការផ្លាស់ប្តូរនោះល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានការសម្រេចចិត្តជាក់លាក់ណាមួយដែលខ្ញុំមិនដែលចង់ផ្លាស់ប្តូរ ខ្ញុំបានសរសេរការសម្រេចចិត្តទាំងនោះនៅខាងក្រោម។  
My healthcare agent can change my medical decisions if they think it would be best for me. If I have certain decisions I never want changed, I have written them below.

# ផ្នែកទី 2 ៖ ចំណូលចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ

## PART 2: My Healthcare Preferences

### លិខិតបណ្តាំពេលនៅរស់/សេចក្តីណែនាំអំពីការថែទាំសុខភាព

Living Will/Healthcare Directive

### ការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិត

Artificial Life Support

ប្រសិនបើអ្នកឈឺធ្ងន់ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចនឹងផ្តល់ការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិត។ ការទ្រទ្រង់នេះរួមបញ្ចូលទាំងការព្យាបាលដូចជា ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់ (ម៉ាស៊ីនជំនួយការដកដង្ហើម) អាហារប្រភេទសិប្បនិម្មិត (បំពង់ស្រូបអាហារ) និងការប្រើឱសថ ឬម៉ាស៊ីនផ្សេងទៀតដែលរក្សាឱ្យអ្នកនៅមានជីវិតឆ្លងផុតចំណុចដែលអ្នកនឹងស្លាប់តាមធម្មជាតិ។ ការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិតផ្តល់ពេលឱ្យការព្យាបាលផ្សេងទៀតដំណើរការ ប៉ុន្តែមិនជួយឱ្យអ្នកបានជាសះស្បើយដោយផ្ទាល់ឡើយ។

If you are seriously ill, your doctors may offer artificial life support. This includes treatments like a ventilator (breathing machine), artificial nutrition (feeding tube), and other medications or machines that keep you alive past the point when you would have died naturally. Artificial life support gives other treatments time to work but does not help you get better by itself.

ប្រសិនបើខ្ញុំឈឺធ្ងន់ដែលខ្ញុំត្រូវការការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិតដើម្បីរក្សាឱ្យខ្ញុំនៅមានជីវិត (ត្រូវដាក់ មួយ)៖

If I am so sick that I need artificial life support to keep me alive (Check ONE):

- ☐ ខ្ញុំចង់ទទួលការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិតឱ្យបានយូរតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ទោះបីជាមានឱកាសតិចតួច ឬគ្មានឱកាសក្នុងការជាសះស្បើយដើម្បីរស់នៅក្នុងជីវិតដែលមានន័យសម្រាប់ខ្ញុំក៏ដោយ។  
*I want to receive artificial life support for as long as possible, even if there is little or no chance of recovering to live a life that is meaningful for me.*
- ☐ ខ្ញុំចង់ទទួលការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិត ប្រសិនបើមានឱកាសក្នុងការជាសះស្បើយដើម្បីរស់នៅក្នុងជីវិតដែលមានន័យសម្រាប់ខ្ញុំ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំគិតថាខ្ញុំនឹងមិនជាសះស្បើយទេ ខ្ញុំចង់បញ្ឈប់ការទ្រទ្រង់អាយុជីវិត ដោយផ្ដោតលើភាពមានអារម្មណ៍សុខស្រួល និងអាចឱ្យខ្លួនទទួលមរណភាពតាមធម្មជាតិវិញ។  
*I want to receive artificial life support if there is a good chance of recovering to live a life that is meaningful for me. But, if my doctors do not think I will recover, I want to stop life support, focus on being comfortable, and be allowed to die a natural death.*
- ☐ ខ្ញុំមិនដែលចង់បានការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិតទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ដែលខ្ញុំត្រូវការការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិតដើម្បីរក្សាឱ្យខ្ញុំនៅមានជីវិត ខ្ញុំចង់ផ្ដោតលើភាពមានអារម្មណ៍សុខស្រួល និងអាចឱ្យខ្លួនទទួលមរណភាពតាមធម្មជាតិវិញ។  
*I never want artificial life support. If I become so sick that I need life support to keep me alive, I want to focus on being comfortable and be allowed to die a natural death.*
- ☐ ខ្ញុំចង់ទុកឱ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងក្រុមព្យាបាលរបស់ខ្ញុំធ្វើការសម្រេចចិត្ត។  
*I want to leave it up to my healthcare agent and my treatment team.*

មានសេចក្តីណែនាំជាក់លាក់ផ្សេងទៀតពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើមានការព្យាបាលជាក់លាក់ដែលខ្ញុំមិនដែលចង់បាន ឬស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលខ្ញុំមិនដែលចង់បានការទ្រទ្រង់អាយុជីវិតបែបសិប្បនិម្មិត)៖

These are other specific instructions regarding my healthcare (for example, if there are specific treatments I would never want, or certain situations when I would never want artificial life support):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ផ្នែកទី 2 ៖ ចំណូលចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ [បន្ត]

PART 2: My Healthcare Preferences [continued]

### គុណភាពជីវិត

Quality of Life

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការឱ្យភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដឹងអំពីអ្វីដែលធុរជីវិតមានន័យសម្រាប់អ្នក។ ដោយប្រើព័ត៌មាននេះ ពួកគេអាចធុរជីវិតប្រាកដថាផែនការព្យាបាលរបស់អ្នកបំពេញតាមគោលដៅរបស់អ្នក។

It is important for your healthcare agent(s) and your healthcare team to know what makes life meaningful for you. With this information, they can make sure your treatment plan meets your goals.

សម្រាប់ខ្ញុំ ជីវិតរបស់ខ្ញុំមានន័យតែក្នុងករណីដែលខ្ញុំអាច (ត្រូវដាក់រាល់ចំណុចដែលអនុវត្តបាន)៖

For me, my life is only meaningful if I can (Check all that apply):

- ☐ រស់នៅដោយមិនបាច់ដាក់ភ្ជាប់ជាមួយម៉ាស៊ីនជាម្យ៉ាងរហូតឡើយ  
*Live without being permanently hooked up to a machine*
- ☐ មើលស្គាល់គ្រួសារ និងមិត្តភក្តិ  
*Recognize family and friends*
- ☐ ប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិ  
*Communicate with family and friends*
- ☐ រស់នៅដោយគ្មានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬភាពមិនស្រួល  
*Live without severe pain or discomfort*
- ☐ ងើបចេញពីគ្រែបាន  
*Get out of bed*
- ☐ ផ្លាស់ទីចេញពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំបានល្អគ្រប់គ្រាន់ (ដើរ ប្រើកៅអីរុញ ។ល។)  
*Move well enough to leave my home (walk, use a wheelchair, etc.)*
- ☐ ញ៉ាំអាហារដែលខ្ញុំចូលចិត្ត  
*Eat my favorite food*
- ☐ ងូតទឹក និងមើលថែខ្លួនឯងបាន  
*Bathe and take care of myself*
- ☐ គិតបានច្បាស់លាស់គ្រប់គ្រាន់ដើម្បីដឹងអំពីអ្វីដែលកំពុងកើតឡើងជុំវិញខ្ញុំ  
*Think clearly enough to know what is going on around me*
- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ  
*Live in my own home*
- ☐ ធ្វើសកម្មភាពដែលជាចំណូលចិត្តរបស់ខ្ញុំ៖ \_\_\_\_\_  
*Do my favorite hobby:*

ឬ (OR)

- ☐ មិនមានដូចខាងលើ។ ជីវិតរបស់ខ្ញុំមានតម្លៃក្នុងការរស់នៅជានិច្ច ទោះខ្ញុំឈឺកម្រិតណាក៏ដោយ។  
*None of the above. My life is always worth living no matter how sick I am.*

ឬ (OR)

- ☐ ខ្ញុំមិនប្រាកដទេ។  
*I am not sure.*

រឿងទាំងនេះក៏មានសារៈសំខាន់ខ្លាំងសម្រាប់ខ្ញុំក្នុងការរស់នៅក្នុងជីវិតដែលមានន័យផងដែរ៖

These things also are very important for me in living a meaningful life:

# ផ្នែកទី 3៖ ចុះហត្ថលេខា និងបំពេញ

## PART 3: Sign and Complete

### អានផ្នែកនេះទាំងមូលដោយយកចិត្តទុកដាក់មុនពេលចុះហត្ថលេខា។

Read this entire section carefully before signing.

ក្នុងរដ្ឋ California មានវិធីពីរយ៉ាងក្នុងការធ្វើឱ្យទម្រង់នេះស្របច្បាប់។ អ្នកគ្រាន់តែជ្រើសរើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសខាងក្រោមតែប៉ុណ្ណោះ។

In California, there are two ways to make this form legal. You only need to choose ONE of the options below.



#### ជម្រើសទី 1

OPTION 1

ចុះហត្ថលេខា\* នៅចំពោះមុខសាក្សីពីរនាក់ ហើយបន្ទាប់មកឱ្យសាក្សីរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់។ នៅពេលដែលសាក្សីរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ ពួកគេសន្យាថាគឺពិតជាអ្នក ដែលចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំទុកជាមុននេះ ហើយគ្មាននរណាម្នាក់បង្ខំឱ្យអ្នកចុះហត្ថលេខាឡើយ  
Sign\* in front of two witnesses, and then have your witnesses sign the form. When your witnesses sign the form, they are promising that it is really you that is signing this advance directive and that nobody is forcing you to sign.

សាក្សីរបស់អ្នកត្រូវតែមានអាយុយ៉ាងហោចណាស់ 18 ឆ្នាំ។

Your witnesses must be at least 18 years old.

សាក្សីរបស់អ្នកមិនត្រូវជា៖

Your witnesses must not be:

✗ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព ឬភ្នាក់ងារជំនួសដែលបានចាត់តាំងនៅក្នុងទម្រង់នេះ

A healthcare agent or alternate agent designated in this form

✗ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

Your healthcare provider

✗ នរណាម្នាក់ដែលកាន់កាប់ ប្រតិបត្តិការ ឬធ្វើការនៅអគារដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ដែលអ្នករស់នៅ ឬទទួលការថែទាំសុខភាព

Anyone who owns, operates, or works at a licensed facility where you live or receive healthcare

មានតែម្នាក់ក្នុងចំណោមសាក្សីរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ អាចជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក ឬត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងលិខិតបណ្តាំរបស់អ្នក។

Only one of your witnesses may be related to you or be included in your will.

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើសាក្សី សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ ហើយឱ្យសាក្សីរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា។

If you are using witnesses, sign the form and have your witnesses sign.



#### ជម្រើសទី 2

OPTION 2

ចុះហត្ថលេខា \* នៅចំពោះមុខសារការីសាធារណៈ។ ដើម្បីធ្វើឱ្យទម្រង់នេះមានការកត់សម្គាល់ អ្នកនឹងត្រូវការអត្តសញ្ញាណរូបថតដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលបច្ចុប្បន្ន (ដូចជាប័ណ្ណបើកបរ ឬលិខិតឆ្លងដែន)។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើសារការី សូមចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ ហើយឱ្យសារការីបំពេញការទទួលស្គាល់។

Sign\* in front of a notary public. To have this form notarized, you will need current, government-issued photo identification (like a driver's license or passport). If you are using a notary, sign the form and have the notary complete the acknowledgment.

\* ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចុះហត្ថលេខាដោយផ្ទាល់ទេ អ្នកអាចឱ្យមនុស្សម្នាក់ទៀតចុះហត្ថលេខានៅចំពោះមុខអ្នក និងតំណាងឱ្យអ្នក។  
If you are unable to physically sign, you may have another adult sign in your presence and on your behalf.



## ផ្នែកទី 3៖ ចុះហត្ថលេខា និងបំពេញ [បន្ត]

### PART 3: Sign and Complete [continued]

រង់ចាំរហូតដល់អ្នកនៅជាមួយសាក្សីពីរនាក់របស់អ្នក ឬសារការី បន្ទាប់មកចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

WAIT until you are with your two witnesses or a notary, then sign below.

ហត្ថលេខា

YOUR SIGNATURE

ហត្ថលេខា  
Signature

កាលបរិច្ឆេទ  
Date

ឈ្មោះ (ជាអក្សរពុម្ព)  
Name (Printed)

(លេខទូរសព្ទ)  
Phone Number

អាសយដ្ឋាន  
Address

ទីក្រុង  
City

រដ្ឋ  
State

កូដហត្ថប  
ZIP



### ជម្រើសទី 1 – សាក្សី

OPTION 1 – Witnesses

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើជាសាក្សីនៃឯកសារនេះ ចូរអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកព្រមព្រៀងជាមួយនឹងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ចូរចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់សាក្សី ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្ដន្ទាទោសចំពោះការភូតភរក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថា

If you are witnessing this document, read the following statement. If you agree with the statement, sign below. STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California that

(1) បុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខា/ទទួលស្គាល់សេចក្តីណែនាំជាមុននេះ ត្រូវបានខ្ញុំស្គាល់ជាលក្ខណៈបុគ្គល ឬអត្តសញ្ញាណរបស់ពួកគេត្រូវបានបង្ហាញដាក់ស្តុតាងដល់ខ្ញុំដោយការធ្វើឲ្យទុកចិត្តលើភស្តុតាង

The individual who signed/acknowledged this advance directive is personally known to me or that their identity was proven to me by convincing evidence;

(2) បុគ្គលនោះបានចុះហត្ថលេខា ឬទទួលស្គាល់សេចក្តីណែនាំជាមុននៅចំពោះមុខខ្ញុំ

The individual signed or acknowledged this advance directive in my presence;

(3) បុគ្គលនោះបង្ហាញឲ្យឃើញថាមានស្មារតីល្អ និងមិនស្ថិតក្រោមការបង្ខិតបង្ខំ ការគែបន្លំ ឬឥទ្ធិពលជ្រុលហួសហេតុ

The individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;

(4) ខ្ញុំពុំមែនជាមនុស្សម្នាក់ដែលត្រូវបានតែងតាំងជាភ្នាក់ងារដោយសេចក្តីណែនាំជាមុននេះឡើយ ហើយ

I am not a person appointed as agent by this advance directive; and

(5) ខ្ញុំពុំមែនជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គលនោះ និយោជិតនៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់បុគ្គលនោះ ប្រតិបត្តិករនៃមន្ទីរថែទាំសហគមន៍ និយោជិតនៃប្រតិបត្តិករនៃមន្ទីរថែទាំសហគមន៍ ប្រតិបត្តិករនៃមន្ទីរថែទាំតាមលំនៅដ្ឋានសម្រាប់ជនចាស់ជរា ឬនិយោជិតនៃប្រតិបត្តិករនៃមន្ទីរថែទាំតាមលំនៅដ្ឋានសម្រាប់ជនចាស់ជរានោះដែរ។

I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

ផ្នែកទី ៣៖ ចុះហត្ថលេខា និងបំពេញ [បន្ត]

PART 3: Sign and Complete [continued]

សាក្សីទីមួយ៖

First Witness:

ហត្ថលេខា Signature	កាលបរិច្ឆេទ Date		
ឈ្មោះ (ជាអក្សរពុម្ព) Name (Printed)	លេខទូរសព្ទ Phone Number		
អាសយដ្ឋាន Address	ទីក្រុង City	រដ្ឋ State	កូដប្រទេស ZIP

សាក្សីទីពីរ៖

Second Witness:

ហត្ថលេខា Signature	កាលបរិច្ឆេទ Date		
ឈ្មោះ (ជាអក្សរពុម្ព) Name (Printed)	លេខទូរសព្ទ Phone Number		
អាសយដ្ឋាន Address	ទីក្រុង City	រដ្ឋ State	កូដប្រទេស ZIP

ម្នាក់ក្នុងចំណោមសាក្សីទាំងពីរនាក់ ក៏ត្រូវអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមផងដែរ៖

One of the two witnesses also must read the following statement carefully and sign below:

សេចក្តីថ្លែងការណ៍បន្ថែមរបស់សាក្សីម្នាក់៖

ADDITIONAL STATEMENT OF ONE WITNESS:

ខ្ញុំសូមប្រកាសបន្ថែមទៀតក្រោមការផ្ដន្ទាទោសចំពោះការក្អេកក្អងក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថា ខ្ញុំពុំជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងបុគ្គល ដែលអនុវត្តសេចក្តីណែនាំជាមុននេះដោយចំណងសាច់ឈាម អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការចិញ្ចឹម ហើយតាមអ្វីដែលខ្ញុំបានដឹងច្បាស់បំផុតគឺ ខ្ញុំពុំ មានសិទ្ធិនៅក្នុងផ្នែកណាមួយនៃអចលនទ្រព្យរបស់បុគ្គលនោះក្រោយមរណភាពរបស់គាត់ ក្រោមបណ្តាំធ្វើដែលមានស្រាប់បច្ចុប្បន្ននេះ ឬដោយការប្រតិបត្តិបច្ចុប្បន្នឡើយ។

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

ហត្ថលេខា Signature
-----------------------

### ផ្នែកទី 3: ចុះហត្ថលេខា និងបំពេញ [បន្ត]

PART 3: Sign and Complete [continued]



## OPTION 2 - Notarization

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

STATE OF CALIFORNIA

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me \_\_\_\_\_,

personally appeared \_\_\_\_\_,

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Notary Public Seal

Notary Public Signature



## ជម្រើសទី 2 - ការទទួលស្គាល់តាមផ្លូវសារការី

OPTION 2 - Notarization

សារការី ឬមន្ត្រីដទៃទៀតដែលបំពេញវិញ្ញាបនបត្រនេះផ្ទៀងផ្ទាត់តែអត្តសញ្ញាណនៃបុគ្គលដែលបានចុះហត្ថលេខាលើឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយនឹងវិញ្ញាបនបត្រនេះប៉ុណ្ណោះ ហើយពុំមែនជាសច្ចភាព សុក្រិតភាព ឬសុពលភាពនៃឯកសារនោះឡើយ។

រដ្ឋ California

ខោនធី

នៅថ្ងៃទី

ចំពោះមុខខ្ញុំ

បង្ហាញមុខផ្ទាល់

ដែលបានបង្ហាញជាក់ស្តែងដល់ខ្ញុំដោយឈរលើមូលដ្ឋានជាក់ស្តែងគួរឱ្យពេញចិត្តថា ជាបុគ្គលទាំងឡាយដែលឈ្មោះមានជារនៅក្នុងលិខិតុបករណ៍ខាងក្នុង និងបានទទួលស្គាល់ចំពោះខ្ញុំថា គាត់/នាង/ពួកគេបានអនុវត្តដូចគ្នាតាមសមត្ថភាពដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតរបស់គាត់/នាង/ពួកគេ ហើយតាមរយៈហត្ថលេខារបស់គាត់/នាង/ពួកគេនៅលើលិខិតុបករណ៍នោះ បុគ្គលទាំងឡាយ ឬអង្គភាពដែលបុគ្គលទាំងឡាយនោះបានធ្វើជំនួស បានអនុវត្តលិខិតុបករណ៍នេះ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ក្រោមការផ្ដន្ទាទោសចំពោះការភូតភរក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថា កថាខ័ណ្ឌខាងក្រោមនេះ ពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ។

ធ្វើជាសាក្សីសម្រាប់ដៃ និងត្រាផ្លូវការរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាសារការី

ត្រាសារការី

ផ្នែកទី 3: ចុះហត្ថលេខា និងបំពេញ [បន្ត]

PART 3: Sign and Complete [continued]

តម្រូវការបន្ថែមសម្រាប់តែអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកមានជំនាញប៉ុណ្ណោះ

Additional Requirement Only for Residents of Skilled Nursing Facilities

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានតម្រូវតែក្នុងករណីដែលអ្នកគឺជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកមានជំនាញមួយប៉ុណ្ណោះ— ដែលជាមន្ទីរថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ជូនសេវាមូលដ្ឋានដូចតទៅ៖ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាក និងការថែទាំគាំទ្រដល់អ្នកជំងឺដែលមានតម្រូវការ ជាមធ្យមន្តរវិសាលភាពប្រើប្រាស់ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកមានជំនាញជាបន្តទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទម្រង់នេះនៅតាមទីតាំងមួយផ្សេងទៀត ដូចជា មន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬផ្ទះរបស់អ្នក ផ្នែកនេះពុំត្រូវបានតម្រូវឡើយ។ អ្នកតស៊ូមតិ ឬសាក្សីរបស់អ្នកជំងឺ ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមនេះ៖

The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility—a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. If you are completing this form in another location, like a hospital, doctor’s office, or your home, this section is not required. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

សេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់អ្នកតស៊ូមតិ ឬសាក្សីរបស់អ្នកជំងឺ៖ ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការផ្ដន្ទាទោសចំពោះការភូតភរក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថា ខ្ញុំ គឺជាអ្នកតស៊ូមតិ ឬសាក្សីរបស់អ្នកជំងឺដែលបានចាត់តាំងដោយក្រសួងទទួលបន្ទុកមនុស្សចាស់របស់រដ្ឋ ហើយ ខ្ញុំធ្វើជាសាក្សីមួយរូបតាមការតម្រូវ ដោយផ្នែកទី 4675 នៃច្បាប់ស្តីពីមរតក។

STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN: I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

ហត្ថលេខា  
Signature

(លេខទូរសព្ទ)  
Phone Number

ឈ្មោះ (ជាអក្សរពុម្ព)  
Name (Printed)

កាលបរិច្ឆេទ  
Date

# ជំហានបន្ទាប់

## Next Steps

### សូមអបអរសាទរ!

Congratulations!

អ្នកបានបំពេញសេចក្តីណែនាំជាមុនរបស់អ្នកចប់សព្វគ្រប់ហើយ។ នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើបន្ទាប់៖

You have completed your advance directive. Here's what to do next:

- យកឯកសារនេះទៅផ្ទះ និងរក្សាទុកនៅកន្លែងណាមួយដែលមានសុវត្ថិភាព ដែលមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់វាបានយ៉ាងងាយស្រួល ប្រសិនបើត្រូវការ។  
Take this document home and keep it somewhere safe where your loved ones can easily access it if needed.
- ធ្វើជាច្បាប់ចម្លងទាំងឡាយ និងផ្តល់វាជូនភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំណាមួយដែលអ្នកទទួលការព្យាបាល។ ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះ មានសុពលភាពដូចគ្នានឹងច្បាប់ដើមដែរ។  
Make copies and give them to your healthcare agents, your doctor, and any hospital or facility where you receive treatment. Copies of this document are just as valid as the original.
- ពិគ្រោះជាមួយក្រុមគ្រួសារអ្នក ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃទៀតអំពី សេចក្តីណែនាំជាមុនរបស់អ្នក។ ត្រូវធ្វើឲ្យប្រាកដថា ពួកគេយល់អំពីអ្វីដែលសំខាន់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។  
Talk with your family, healthcare agents, your doctors and other healthcare providers about your advance directive. Make sure they understand what's important for your healthcare.
- ប្រសិនបើអ្នកមានគណនី MyChart មួយ អ្នកអាចផ្ទុកឡើងនូវសេចក្តីណែនាំជាមុននេះបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ [www.memorialcare.org/acp](http://www.memorialcare.org/acp) បន្ទាប់មកការបំពេញ សូមមើលឯកសារ word។  
If you have a myChart account, you can upload this advance directive. For more information go to [www.memorialcare.org/acp](http://www.memorialcare.org/acp).
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរបំពេញផ្នែកទី 4 – គុណតម្លៃរបស់ខ្ញុំ។  
If you want to provide more information, complete Part 4 – My Values.

នេះគឺជារបៀបធៀបច្នៃប្រឌិត ឬផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីណែនាំជាមុនរបស់អ្នក៖

Here's how to update or change your advance directive:

- ប្រសិនបើអ្នកប្តូរចិត្តអំពីអ្វីមួយដែលអ្នកបានសរសេរនៅក្នុងសេចក្តីណែនាំជាមុននេះខណៈពេលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុង មន្ទីរពេទ្យ ត្រូវធ្វើឲ្យប្រាកដថាបានប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងឲ្យពួកគេកែតម្រូវឯកសាររាល់ការផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។  
If you change your mind about anything you have written in this advance directive while you are in the hospital, make sure to tell your doctor and have them document any changes in your medical record.
- នៅពេលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះជាមួយសាក្សីពីររូប ឬសារការីមួយរូប សេចក្តីណែនាំជាមុននេះ មានសុពលភាពរហូតដល់ពេលអ្នកដកហូតវាវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដកហូតសេចក្តីណែនាំជាមុននេះ អ្នកអាចសរសេរពាក្យ “REVOKED” (បានដកហូត) ជាអក្សរធំៗ កាត់តាមផ្នែកខាងមុខនៃឯកសារ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវា ឬប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតបឋមរបស់អ្នកក៏បាន។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញសេចក្តីណែនាំជាមុនថ្មីមួយ វានឹងដកហូតរាល់សេចក្តីណែនាំជាមុនកន្លងមកដោយស្វ័យប្រវត្តិ។  
Once you have signed this document with two witnesses or a notary, this advance directive is valid until you revoke it. If you want to revoke this advance directive, you can either write “REVOKED” in large letters across the front of the document and sign it or tell your primary doctor. If you complete a new advance directive, it will automatically revoke any previous advance directives.
- ត្រូវប្រាកដថាបានផ្តល់ជូនឯកសារបច្ចុប្បន្នភាពដល់ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព និងកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលសេចក្តីណែនាំជាមុនរបស់អ្នកត្រូវបានរក្សាទុក។  
Make sure to provide the updated documents to your family, healthcare agents, your doctor, and anywhere else your previous advance directive was stored.
- ខណៈពេលពេលវេលាចេះតែកន្លងផុតទៅ អ្វីៗក៏ប្រែប្រួលដែរ។ សេចក្តីណែនាំជាមុននេះ ពុំផុតកំណត់ឡើយ ប៉ុន្តែជាការល្អគួរត្រួតពិនិត្យវាឡើងវិញ ហើយមើលឲ្យឃើញថាតើវាត្រូវការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដែរឬទេ។  
As time goes on, things change. This advance directive does not expire, but it is a good idea to review it and see if it needs updating:

- រៀងរាល់ 10 ឆ្នាំម្តង  
Every 10 years

- ប្រសិនបើអ្នកបានរៀបការ ឬលែងលះគ្នា  
If you get married or divorced

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញស្ថានភាពសុខភាពថ្មីមួយ  
If you are diagnosed with a new health condition

- ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកស្រុតចុះ  
If your health declines

- ក្រោយមរណភាពរបស់មនុស្សជាទីស្រឡាញ់ណាម្នាក់  
After the death of a loved one

# ផ្នែកទី 4 (ជម្រើសបន្ថែម)៖ គុណតម្លៃរបស់ខ្ញុំ

## PART 4 (Optional): My Values

ការថែទាំសុខភាពល្អ គឺលើសពីការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ។ នៅក្នុងជម្រើសបន្ថែមទៅលើសេចក្តីណែនាំជាមុនរបស់អ្នកនេះ ចូរប្រាប់មនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់អ្នក និងក្រុមថែទាំរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលសំខាន់បំផុតចំពោះខ្លួនអ្នក ប្រសិនបើអ្នកធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់។ បំពេញច្រើន ឬតិចតួចនៅក្នុងផ្នែកនេះតាមដែលអ្នកចង់។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសបំពេញផ្នែកនេះ ចូររក្សាវាឲ្យភ្ជាប់ជាមួយនឹងផ្នែកដែលនៅសេសសល់នៃសេចក្តីណែនាំជាមុនរបស់អ្នក។

Good healthcare is about more than medical treatment. In this optional addition to your advance directive, tell your loved ones and your care team what is most important to you if you become seriously ill. Complete as much or as little of this section as you want. If you choose to complete this section, keep it attached to the rest of your advance directive.

### នៅពេលខ្ញុំធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់

When I am Seriously Ill

- ☐ ខ្ញុំចង់ឲ្យគេរក្សាទុកខ្ញុំឲ្យមានជាសុខភាព និងគ្មានការឈឺចាប់ ទោះបីជាឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់របស់ខ្ញុំ ធ្វើឲ្យខ្ញុំងុយដេកខ្លាំងនៅពេល ដឹងខ្លួនក៏ដោយ។

*I want to be kept comfortable and free from pain, even if my pain medicine makes me too sleepy to stay awake.*

- ☐ ខ្ញុំចង់ឲ្យក្រុមគ្រួសារខ្ញុំ និងមនុស្សជាទីស្រឡាញ់របស់ខ្ញុំមកសួរសុខទុក្ខខ្ញុំ និងជជែកលេងជាមួយខ្ញុំ។

*I want my family and loved ones to visit me and talk with me.*

- ☐ ការប៉ះពាល់បែបល្អចិត្ត (កាន់ដៃ អង្អែលសក់ខ្ញុំ។ល។) ត្រូវបានស្វាគមន៍។

*Comforting touches (handholding, stroking my hair, etc.) are welcome.*

- ☐ ខ្ញុំចង់ឲ្យគេចាក់តន្ត្រីសំណព្វចិត្តរបស់ខ្ញុំ។ តន្ត្រីសំណព្វចិត្តរបស់ខ្ញុំរួមមានដូចជា៖

*I want my favorite music to be played. My favorite music includes:*

- ☐ ប្រសិនបើខ្ញុំអាច ខ្ញុំចង់មានការពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំចង់ឲ្យក្រុមព្យាបាលខ្ញុំ និយាយមកកាន់ខ្ញុំ និងប្រាប់ខ្ញុំអំពីអ្វីដែលពួកគេកំពុងធ្វើ សូម្បីតែខ្ញុំហាក់ដូចជាពុំដឹងខ្លួនក៏ដោយ។

*If I am able, I want to be involved in making my own treatment decisions. I want my treatment team to talk to me and tell me what they are doing, even if I don't seem aware.*

ប្រសិនបើអាច ខ្ញុំចង់ឲ្យមានអ្វីៗខាងក្រោមនេះនៅក្នុងបន្ទប់ខ្ញុំ៖

If possible, I would like the following things in my room:

ប្រសិនបើផ្នែកស្មារតី និង/ឬ ផ្នែកសាសនាសំខាន់ចំពោះខ្ញុំ ទាំងនេះគឺជាអ្វីដែលក្រុមព្យាបាលខ្ញុំគួរតែដឹង៖

*If spirituality and/or religion is important to me, here is what my care team should know:*

ប្រសិនបើខ្ញុំឈឺខ្លាំង ខ្ញុំចង់ធ្វើឲ្យប្រាកដថា អ្វីៗខាងក្រោមនេះនឹងមិនកើតឡើងទេ៖

If I am very sick, I want to make sure the following things DO NOT happen:

ប្រសិនបើខ្ញុំឈឺខ្លាំងបំផុត ខ្ញុំចង់ធ្វើឲ្យប្រាកដថា អ្វីៗខាងក្រោមនេះនឹងកើតឡើង៖

If I am very sick, I want to make sure the following things DO happen:

## ផ្នែកទី 4 (ជម្រើសបន្ថែម)៖ គុណតម្លៃរបស់ខ្ញុំ [បន្ត]

PART 4 (Optional): My Values [continued]

### នៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត

At the End of Life

ប្រសិនបើអាច ខ្ញុំចង់ចំណាយពេលប៉ុន្មានថ្ងៃចុងក្រោយរបស់ខ្ញុំ៖

If possible, I would like to spend my final days:

☐ នៅផ្ទះ

At home

☐ នៅផ្ទះ

In the hospital

☐ នៅមន្ទីរថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាក ឬមន្ទីរផ្សេងៗ

At a nursing home or other facility

☐ ផ្សេងៗ៖ \_\_\_\_\_

Other:

☐ គ្មានចំណង់ចំណូលចិត្ត

No preference

ប្រសិនបើអាច ខ្ញុំចង់ឲ្យសាកសពរបស់ខ្ញុំត្រូវបាន៖

If possible, I would like my remains to be:

☐ បញ្ចុះ

Buried

☐ បូជា

Cremated

☐ ផ្សេងៗ៖ \_\_\_\_\_

Other:

ទាំងនេះគឺជាបំណងប្រាថ្នាជាក់លាក់របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការប្រារព្ធពិធីបុណ្យសព ឬពិធីបុណ្យរំលឹកវិញ្ញាណក្ខន្ធខ្ញុំ៖

These are my specific wishes for my funeral or memorial service:

---

---

---

---

ខ្ញុំចង់ឲ្យក្រុមគ្រួសារ និងមនុស្សជិតស្និទ្ធរបស់ខ្ញុំដឹងថា៖

I want my family and loved ones to know:

---

---

---

---